

Schorzenia paznokci a choroby układowe — o czym mówi nam wygląd paznokci?

Co można zobaczyć i jakie choroby należy podejrzewać w przypadku przedstawionych 11 rodzajów zmian paznokci?

Przedrukowano z: *The Journal of Family Practice* 2008; 57 (8): 509–514

STRESZCZENIE

Jak nazywają się dwa przedstawione poniżej schorzenia paznokci?

Jakie choroby podstawowe można podejrzewać na podstawie tych zmian?

Prawidłowa odpowiedź to onycholiza (po lewej) i czerwony obłaczek (po prawej). Jeśli chodzi o choroby podstawowe: pacjent z onycholizą choruje na nadczynność tarczycy, natomiast pacjent z czerwonym obłaczkiem na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc.

Onycholiza i czerwony obłaczek są jednymi z częściej spotykanych zmian morfologii (kształtu) i zabarwienia paznokci (dwie kategorie w klasyfikacji zmian paznokci).

Zmiany w obrębie paznokci mogą być objawem choroby podstawowej. Z uwagi na łatwość oceny, badanie paznokci może być wygodnym instrumentem diagnostycznym.

Przedstawiony w niniejszej pracy przegląd częstych i mniej częstych zaburzeń paznokci pokazuje, jaki rodzaj zmian w obrębie paznokci występuje częściej w przypadku określonych chorób wewnętrznych.

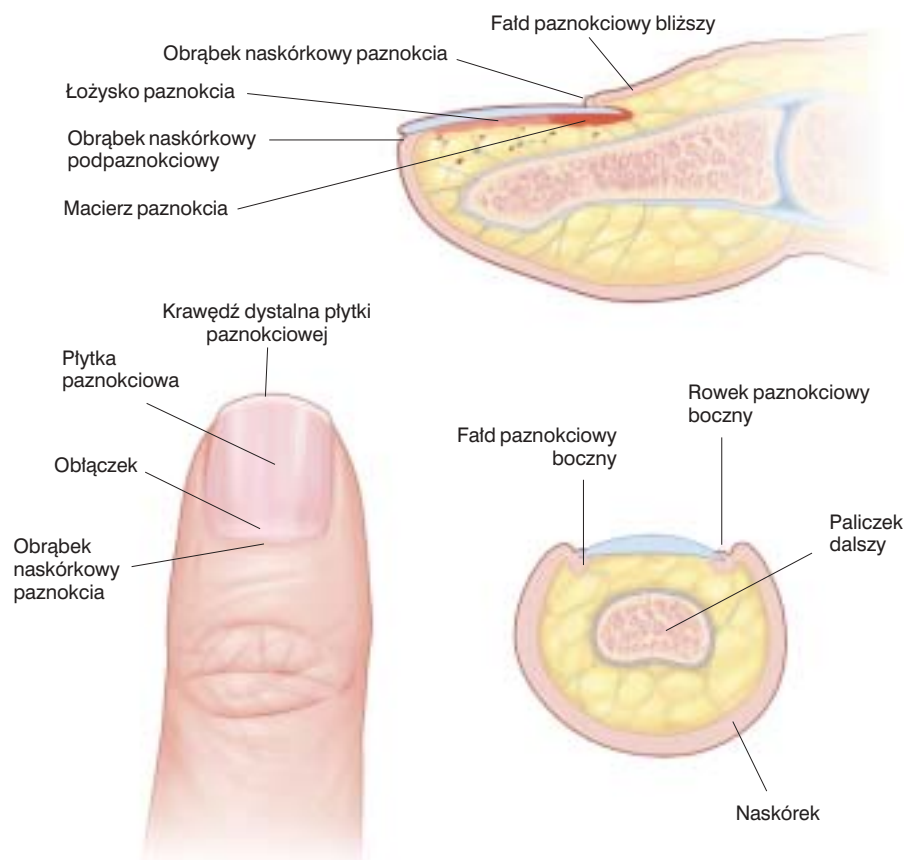


Stamatis Gregoriou,
George Argyriou,
George Larios,
Dimitris Rigopoulos

University of Athens
Medical School, Dermatology
Department, Nail Clinic, Athens

Adres do korespondencji:

Dimitris Rigopoulos
University of Athens, Medical School,
5 Ionos Dragoumi Street
16121 Athens
e-mail: drigop@hol.gr



Rycina 1. Anatomia paznokcia

ONYCHOLIZA — WSPÓŁ- ISTNIEJĄCE CHOROBY UKŁADOWE [1, 2]

- Amyloidozą i szpiczak mnogim
- Niedokrwistość
- Rozstrzenie oskrzeli
- Rak płuc
- Porfirię erytropoetyczną
- Histiocytozę X
- Niedokrwienie (obwodowe)
- Trąd
- Toczeń rumieniowaty
- Zapalenie nerwu
- Pelagra
- Pęcherzyca zwykła
- Wysięk w opłucnej
- Późną porfirię skórną
- Łuszczycowe zapalenie stawów
- Zespół Reitera
- Twardzina
- Kiła (drugo- i trzeciorzędowa)
- Choroby tarczycy

ANATOMIA PAZNOKCIA (ryc. 1)

Zmiany w obrębie paznokcia klasyfikuje się w zależności od tego, czy dotyczą one morfologii (kształtu) czy zabarwienia płytki paznokciowej. Onycholiza, paznokcie pałeczkowate i paznokcie wklęsłe (koilonychia) należą do najczęściej spotykanych zmian morfologii paznokcia. Czerwony oblączek jest jedną z najczęstszych zmian zabarwienia płytki paznokciowej.

ONYCHOLIZA (ryc. 2)

Co można zobaczyć? Oddzielenie się dystalnej części płytki paznokciowej od łożyska. Paznokcie dotknięte onycholizą są przeważnie gładkie, twarde, bez oznak stanu zapalnego łożyska paznokcia. Nie jest to choroba macierzy paznokcia, chociaż pod płytką paznokciową może pojawić się przebarwienie z powodu wtórnego zakażenia.

Co należy podejrzewać? Onycholiza towarzyszy licznym chorobom układowym,

w tym chorobom tarczycy (szczególnie nadczynności tarczycy) (patrz lista po lewej stronie). Zmiany w obrębie paznokcia obserwowane w przebiegu nadczynności tarczycy zwykle przyjmują postać onycholizy zaczynającej się od palca czwartego i piątego (tzw. paznokcie Plummera) [1]. Nakatsui i Lin [2] sugerują, że pacjenci z onycholizą o niewyjaśnionym podłożu powinni być przebadani pod kątem bezobjawowej choroby tarczycy.

PAZNOKCIE PAŁECZKOWATE (ryc. 3)

Co można zobaczyć? Zwiększoną krzywiznę poprzeczną i podłużną paznokcia, z przerostem włóknisto-naczyniowym tkanek miękkich proksymalnie od oskórka. W przypadku paznokci pałeczkowatych kąt Lovibonda, który powstaje między powierzchnią grzbietową paliczka dalszego a płytką paznokciową, jest większy niż 180 stopni. Ponadto może występować objaw Schamrotha, czyli zanik okienka między paznokciami, które



Rycina 2. Onycholiza

normalnie pojawia się po zetknięciu grzbietowych powierzchni przeciwległych paliczków dalszych [3].

Co można podejrzewać? Paznokcie pałeczkowate mogą występować jako zmiana wrodzona, idiopatyczna lub nabyta w przebiegu różnych chorób. Objaw ten może być jedno- lub obustronny. Paznokcie pałeczkowate występujące po jednej stronie mogą się wiązać z porażeniem połowicznym i chorobami naczyniowymi, natomiast zmiany obustronne mogą towarzyszyć chorobom nowotworowym, chorobom płuc, serca, przewodu

pokarmowego, chorobom zakaźnym, endokrynologicznym, naczyniowym i wieloukładowym.

Cribier i wsp. [4] badali częstość występowania zaburzeń paznokci u pacjentów zakażonych HIV i stwierdzili obecność paznokci pałeczkowatych u 5,8% badanych. Ponadto dane tych autorów potwierdziły przypuszczenie, że paznokcie pałeczkowate mogą być wczesnym objawem AIDS u dzieci i mogą mieć znaczenie diagnostyczne.

KOILONYCHIA (ryc. 4)

Co można zobaczyć? Wklęsłe, ścięczałe paznokcie z wywiniętymi brzegami, kształtem przypominające łyżeczkę (mogą pomieścić kroplę wody). Zmiany te częściej dotyczą paznokci rąk, ale sporadycznie można je zaobserwować na paznokciach stóp.

Co należy podejrzewać? Opisane zmiany paznokci powstają na skutek urazu, stałego narażenia dłoni na kontakt z rozpuszczalnikami benzynowymi lub w przebiegu zespołu paznokciowo-rzepakowego. Koilonychia najczęściej towarzyszy niedokrwistości z niedoboru żelaza, a w sporadycznych przypadkach występuje u pacjentów z hemochromatozą. Do innych często spotykanych przyczyn koilonychii należą choroba wieńcowa i niedoczynność tarczycy [5]. Ponadto koilonychia jest niekiedy prawidłową odmianą budowy



Koilonychia jest niekiedy prawidłową odmianą budowy paznokcia u niemowląt, która zazwyczaj ustępuje w ciągu pierwszych kilku lat życia



Rycina 3. Paznokcie pałeczkowate



Rycina 4. Koilonychia

paznokcia u niemowląt, która zazwyczaj ustępuje w ciągu pierwszych kilku lat życia.

ZŁUSZCZENIE PŁYTKI PAZNOKCIOWEJ (ryc. 5)

Co można zobaczyć? Oddzielenie się płytki paznokciowej od łożyska w części proksymalnej. Przeważnie prowadzi to do utraty paznokcia.

Co należy podejrzewać? Zwykle przyczyną jest uraz. Rzadziej spotykane przyczyny to zły stan odżywienia, choroby gorączkowe lub nadwrażliwość na leki.

Wester i wsp. [6] zaobserwowali złuszczenie płytki paznokciowej u pacjenta w stanie krytycznym, z dużym ropniem płuca. Złuszczenie płytki paznokciowej jest częstym objawem klinicznym w przebiegu pęcherzycy zwykłej [7]. Opisano również związek z chorobą Kawasaki [8] oraz z chorobami dłoni, stóp i jamy ustnej [9].

BRUZDY POPRZECZNE BEAU (ryc. 6)

Co można zobaczyć? Poprzeczne zagłębienia w płytce paznokciowej, występujące na skutek przejściowego zahamowania wzrostu paznokcia.

Co należy podejrzewać? Przyczyny są podobne jak w przypadku złuszczenia paznokcia i obejmują urazy, zły stan odżywienia, choroby gorączkowe i nadwrażliwość na leki.



Rycina 5. Złuszczenie płytki paznokciowej



Rycina 6. Bruzdy poprzeczne Beau

PAZNOKCIE NAPARSTKOWE (ryc. 7)

Co można zobaczyć? Punkcikowate (lub większe) wgłębienia w płytce paznokciowej, która poza tym nie wykazuje zmian.

Co należy podejrzewać? Wgłębienia punkcikowate zwykle towarzyszą łuszczycy i występują u 10–15% pacjentów z tą chorobą [10]. Paznokcie naporstkowe opisywano również u pacjentów z zespołem Reitera (i innymi chorobami tkanki łącznej), sarkoidozą, pęcherzycą, łysieniem plackowatym i nietrzymaniem barwnika (*incontinentia pigmenti*) [5].

PAZNOKCIE MUEHRCKEGO (ryc. 8)

Co można zobaczyć? Poprzeczne, białe pasma równoległe do obłączka. Pasma te zazwyczaj występują parami i przebiegają na całej szerokości paznokcia.

Ten rodzaj zmian występuje rzadko i jest jedną z trzech postaci leukonychii wywołanej nieprawidłowym unaczynieniem łożyska paznokcia (pozostałe postacie to paznokcie



Rycina 7. Paznokcie naporstkowe



Rycina 8. Paznokcie Muehrcke'ego

Terry'ego i zmiany typu „pół na pół” — opisane w dalszej części artykułu.

Co należy podejrzewać? Paznokcie Muehrcke'ego występują u pacjentów z hypoalbuminemią; stan paznokci może się poprawić, jeśli stężenie albumin w surowicy powróci do normy. Paznokcie Muehrcke'ego mogą również występować w przypadku [11, 12]:

- zespołu nerczycowego,
- kłębuszkowego zapalenia nerek,
- chorób wątroby,
- niedożywienia,
- u chorych po chemioterapii.

Prążki Muehrcke'ego opisano także u pacjenta z zespołem Peutza-Jeghersa [13], jak również u biorcy przeszczepu serca [14].

PAZNOKCIE TERRY'EGO (ryc. 9)

Co można zobaczyć? Przeważająca część płytki paznokciowej jest biała, z wąskim różowym prążkiem w części dystalnej. Na ogół wszystkie paznokcie zajęte są w jednakowym stopniu, a ich wygląd przypomina matowe szkło [15]. Paznokcie Terry'ego stwierdzano u 80% chorych na marskość wątroby [15].

Co należy podejrzewać? W jednym badaniu stwierdzono występowanie paznokci Terry'ego u 25% w serii 512 kolejnych pacjentów przyjętych do szpitala. Badacze wiązali obecność tego zaburzenia z takimi chorobami, jak marskość wątroby, przewlekła niewydolność serca i cukrzyca dorosłych [16]. W rzadkich



Rycina 9. Paznokcie Terry'ego

przypadkach paznokcie Terry'ego opisywano u chorych hemodializowanych oraz u biorców przeszczepów nerek [17]. Paznokcie Terry'ego obserwowano również u pacjentów zakażonych HIV [4].

PAZNOKCIE LINDSAYA (ZMIANY TYPU „PÓŁ NA PÓŁ”) (ryc. 10)

Co można zobaczyć? Proksymalna część łożyska paznokcia jest biała z powodu obrzęku tkanek łożyska i sieci włośniczkowej; część dystalna jest różowa lub czerwono-brązowa. Płytką paznokciową nie wykazuje zmian.

Co należy podejrzewać? Opisane zmiany paznokci występują u pacjentów z chorobami nerek przebiegającymi z azotemią [18]. Zmiany typu „pół na pół” (*half-and-half*) wykrywano również u chorych hemodializowanych, biorców przeszczepów nerek [17] i u pacjentów zakażonych HIV [4].



Rycina 10. Paznokcie Lindsaya



Paznokcie Terry'ego opisywano u chorych hemodializowanych oraz u biorców przeszczepów nerek



Warto odnotować fakt samoistnej remisji choroby tylko w pierwszych trzech fazach sarkoidozy

CZY WIESZ, ŻE:

- W chorobach układowych zmiany dotyczą na ogół więcej niż 1 paznokcia [5, 23].
- Obserwacja paznokci dłoni zwykle dostarcza dokładniejszych informacji niż oglądanie paznokci stóp, ponieważ wygląd paznokci stóp jest często zmieniony na skutek urazów [23].
- Paznokcie dłoni rosną w tempie 0,1 mm/dobę, a paznokcie stóp 0,03 mm/dobę [5, 23]. Czas wystąpienia urazu początkowego można ustalić, mierząc odległość między oskórkiem a krawędzią zewnętrzną dowolnego przebarwienia.



Obłaczek błękitny pojawiał się także w przebiegu srebrzyicy oraz u pacjentów przyjmujących takie leki, jak 5-fluorouracyl i azydotymidyna



Rycina 11. Czerwony obłaczek

CZERWONY OBŁACZEK (ryc. 11)

Co można zobaczyć? Obłaczek jest czerwony. Oprócz niego na zdjęciu widoczne są również brak obłaczka i obłaczek błękitny.

Co należy podejrzewać? Czerwony obłaczek może towarzyszyć łysieniu plackowatemu i chorobom tkanki łącznej. Może on również występować u pacjentów leczonych prednizolonem podawanym doustnie z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów. Schorzenie obserwowano także w przebiegu niewydolności serca, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, marskości wątroby, przewlekłej pokrzywki, łuszczycy i zatrucia tlenkiem węgla [19].

Brak obłaczka był najczęściej występującym zaburzeniem paznokci w grupie chorych hemodializowanych (31,9%); był on również opisywany u biorców przeszczepów nerek (17,1%) [17]. Obłaczek błękitny występuje u pacjentów z chorobą Wilsona. Pojawiał się także w przebiegu srebrzyicy oraz u pacjentów przyjmujących takie leki, jak 5-fluorouracyl i azydotymidyna [20].

LINIJNE PODPAZNOKCIOWE WYLEWY KRWAWE (ryc. 12)

Co można zobaczyć? Wynaczynienia krwi z naczyń krwionośnych przebiegających podłużnie w łożysku paznokcia. Krwawienia te nie bledną. Powstają w wyniku strukturalnych połączeń płytki paznokciowej i skóry właściwej; na ogół występują u pacjentów w starszym wieku.



Rycina 12. Linijne podpaznokciowe wylewy krwawe

Co należy podejrzewać? Najczęstszą przyczyną jest uraz, ale zmiany te mogą występować również w przebiegu łuszczycy i zakażeń grzybiczych.

Bakteryjne zapalenie wsierdza jest najczęstszą chorobą układową, w której występują linijne zmiany krwotoczne paznokci. Zmiany te są spotykane częściej w przypadku zakażenia podostrego niż ostrego. Opisywano, że linijne zmiany krwotoczne paznokci w przebiegu podostrego bakteryjnego zapalenia wsierdza są zlokalizowane proksymalnie [21], ale brakuje wystarczających danych potwierdzających te obserwacje (głównie dlatego, że zmiany krwotoczne przemieszczają się dystalnie w miarę wzrostu paznokcia) [22].

Linijne zmiany krwotoczne mogą również towarzyszyć takim schorzeniom, jak: zwężenie zastawki mitralnej, zapalenie naczyń, marskość wątroby, włośnica, szkorbut, przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek i choroba Dariera. Jednak z uwagi na różnorodność i częstość występowania tych zmian nie mogą one być traktowane jako odrębny objaw chorobowy, z wyjątkiem tych przypadków, gdy występują w połączeniu z innymi objawami, takimi jak gorączka, plamy Rotha, guzki Oslera, zmiany skórne Janeway lub szmer w sercu. Występowanie któregośkolwiek z wymienionych objawów istotnie zwiększa znaczenie diagnostyczne zmian krwotocznych paznokci.

PIŚMIENNICTWO

1. Jabbour S.A. Cutaneous manifestations of endocrine disorders: a guide for dermatologists. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2003; 4: 315–331.
2. Nakatsui T., Lin A.N. Onycholysis and thyroid disease: report of three cases. *J. Cutan. Med. Surg.* 1998; 3: 40–42.
3. Spicknall K.E., Zirwas M.J., English J.C. III. Clubbing: an update on diagnosis, differential diagnosis, pathophysiology, and clinical relevance. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2005; 52: 1020–1028.
4. Cribier B., Mena M.L., Rey D. i wsp. Nail changes in patients infected with human immunodeficiency virus. A prospective controlled study. *Arch. Dermatol.* 1998; 134: 1216–1220.
5. Zaiac M.N., Daniel C.R. III. Nails in systemic disease. *Dermatol. Ther.* 2002; 5: 99–106.
6. Wester J.P., van Eps R.S., Stouthamer A., Girbes A.R. Critical illness onychomadesis. *Intensive Care Med.* 2000; 26: 1698–700.
7. Engineer L., Norton L.A., Ahmed A.R. Nail involvement in pemphigus vulgaris. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000; 43: 529–535.
8. Ciastko A.R. Onychomadesis and Kawasaki disease. *CMAJ* 2002; 166: 1069.
9. Clementz G.C., Mancini A.J. Nail matrix arrest following hand-foot-mouth disease: a report of five children. *Pediatr Dermatol.* 2000; 17 (1): 7–11.
10. Mayeaux E.J. Jr. Nail disorders. *Prim. Care* 2000; 27: 333–351.
11. Muehrcke R.C. The fingernails in chronic hypoalbuminemia. *BMJ* 1956; 1: 1327.
12. D'Alessandro A., Muzi G., Monaco A., Filiberto S., Barboni A., Abbritti G. Yellow nail syndrome: does protein leakage play a role? *Eur. Respir. J.* 2001; 87: 5435–5441.
13. Skoog S., Boardman L. Muehrcke's nails in Peutz-Jeghers syndrome with hepatic adenoma. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2004; 2: XXIV.
14. Nabai H. Nail changes before and after heart transplantation: personal observation by a physician. *Cutis* 1998; 61: 31–32.
15. Dupont A.S., Magy N., Humbert P., Dupond J.L. Nail manifestations of systemic diseases. *Rev. Prat.* 2000; 50: 2236–2240.
16. Holzberg M., Walker H.K. Terry's nails: revised definition and new correlations. *Lancet* 1984; 2: 896.
17. Saray Y., Seckin D., Gulec A.T., Akgun S., Haberal M. Nail disorders in hemodialysis patients and renal transplant recipients: a case-control study. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2004; 50: 197–202.
18. Dyachenko P., Monselise A., Shustak A. i wsp. Nail disorders in patients with chronic renal failure and undergoing haemodialysis treatment: a case control study. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2007; 21: 340–344.
19. Cohen P.R. Red lunulae: case report and literature review. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1992; 26: 292.
20. Tanner L.S., Gross D.J. Generalized argyria. *Cutis* 1990; 45: 237.
21. Saccente M., Cobbs C.G. Clinical approach to infective endocarditis. *Cardio. Clin.* 1996; 14: 351–362.
22. Swartz M.N., Weiburg A.N. Infections due to grampositive bacteria. W: Fitzpatrick T.B., Elsen A.Z., Wolff K., Freedberg I.M., Austen K.F. (red.). *Dermatology in General Medicine*. Wyd. 4. New York, McGraw-Hill 1993: 2309–2334.
23. Lawry M., Daniel C.R. Nails in systemic disease. W: Scher R.K., Daniel C.R. III (red.). *Nails: Diagnosis, Therapy, Surgery*. Wyd. 3. Philadelphia, Elsevier Saunders 2005: 147–176.